

Douleurs

**Journée professionnelle 2022
Douleurs et interprétariat**

10.9.2022, Bürenpark, Berne

Dr M. Sabbioni

Médecine interne FMH

Psychiatrie & psychothérapie FMH

Médecine psychosomatique et psychosociale

Hochfeldstr. 41

3012 Berne

Contenus

- Qu'est-ce que la douleur?
- Comment les douleurs chroniques apparaissent-elles?
- Comment documenter les douleurs (chroniques)?
- Quelles sont les possibilités de traitement et d'intervention?

Définition de la douleur

- La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes. (IASP)

La douleur en tant qu'expérience sensorielle et émotionnelle

- Le terme «expérience sensorielle» fait référence à la perception de la qualité (p. ex. brûlante, lancinante, pulsatile, etc.) et de l'intensité (p. ex. sur une échelle de 1 à 10) de la douleur.
- Le terme «expérience émotionnelle» faire référence à la composante émotionnelle de la douleur (p.ex. pénible, atroce, épuisante, etc.) qui la rend désagréable.
- Ces deux éléments sont inséparables.

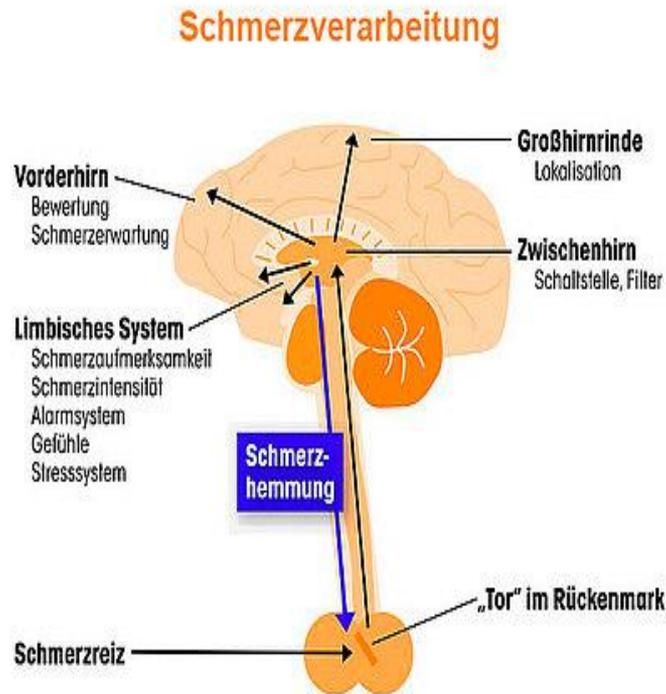
Les douleurs en tant que réaction de survie aux effets délétères

- La douleur est essentielle à la survie.
- C'est une réaction à des effets néfastes. Elle peut se produire avant même qu'ils ne se traduisent par une lésion tissulaire, le cas échéant.
- La perception de la douleur peut également être inhibée (fakirs, stress, etc.)
- Mais: chronique, elle perd sa fonction d'alarme! Dans ce cas, elle témoigne de graves problèmes psychosociaux.

La douleur et le système nerveux

- La douleur est une composante de notre système sensoriel qui sert à la proprioception et à la perception de l'environnement.
- Contrairement à d'autres sens (la vue, l'odorat, etc.), nous n'avons **aucun** centre de la douleur spécifique. La perception de la douleur est une réponse à une **activation de plusieurs centres dans le cerveau connectés les uns avec les autres (matrice de la douleur)**.
- Des stimuli provenant de la périphérie (p. ex. une blessure) engendrent des impulsions électriques qui sont transmises à la moelle épinière via des fibres nerveuses spécifiques et à la matrice de la douleur via diverses cellules activatrices.
- Des stimuli douloureux intenses et durables peuvent augmenter la sensibilité des cellules nerveuses de la moelle épinière et du cerveau aux stimuli ultérieurs. Cette **sensibilisation centrale** (hypersensibilisation) se produit principalement dans la moelle épinière et le cerveau.
- Des lésions du système nerveux ou l'activation des centres impliqués dans la matrice de la douleur (p. ex. attentes, souvenirs, sentiments, expérience) peuvent également provoquer des douleurs.

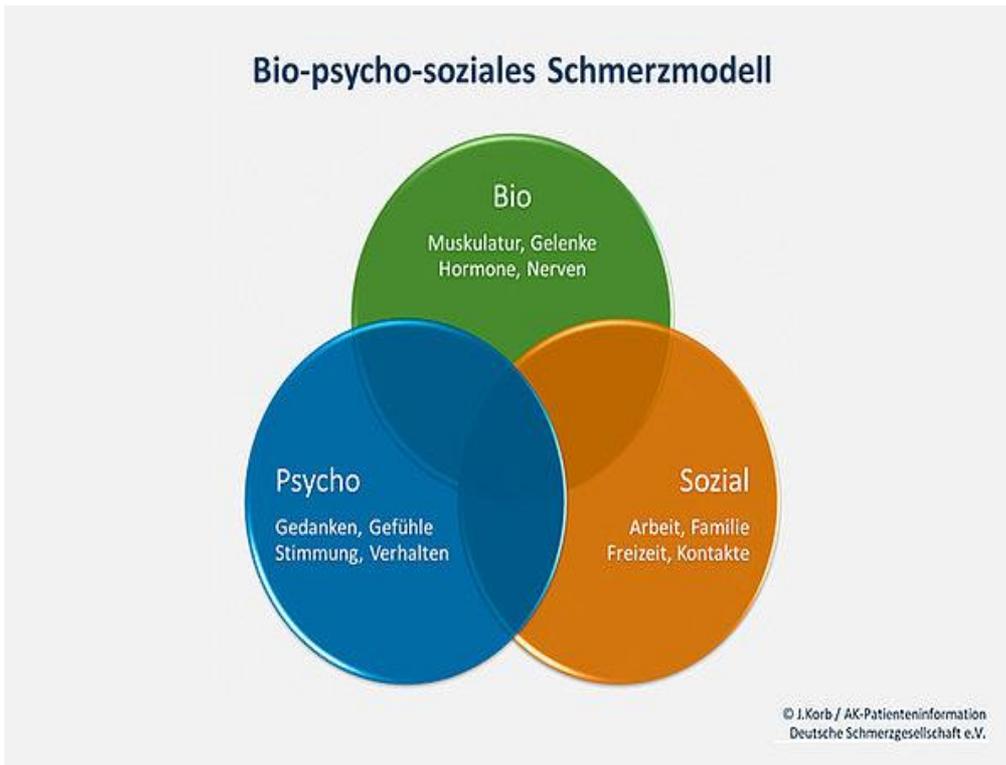
La douleur dans le SNC: la matrice de la douleur



© von Wachter

- cortex cérébral: composantes sensorielles discriminantes: localisation, intensité, durée
- système limbique: composantes affectives qui donnent aux sensations douloureuses leur caractère désagréable
- cerveau antérieur: composantes cognitives évaluatives: anticipation, attention, suggestion, expérience antérieure
- inhibition de la douleur!
- impulsion à agir, comportement, attitude

Le modèle biopsychosocial de la douleur



- Les limitations imposées par les douleurs dépendent non seulement **des signaux nerveux provenant de la périphérie**, mais aussi **d'une interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux**, parmi lesquels figurent **nos expériences familiales et culturelles de la douleur**.

La prédisposition accrue au stress, un facteur qui favorise la douleur

- En principe, l'attention, l'attitude, le stress et les sentiments atténuent ou accentuent la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique.
- La «réaction de stress» se déclenche généralement uniquement dans des situations dangereuses (qui engagent le pronostic vital). Des expériences difficiles vécues durant les **premières années de vie**, telles qu'un accident, une maladie ou des agressions/surmenages physiques, sociaux et psychiques, peuvent toutefois **prédisposer une personne au stress, et ce pour le reste de sa vie**.
- En outre, on ne perçoit les répercussions physiques du stress qu'une fois le calme retrouvé, ce qui est souvent source de confusion.

Comment le stress se transforme-t-il en douleur?

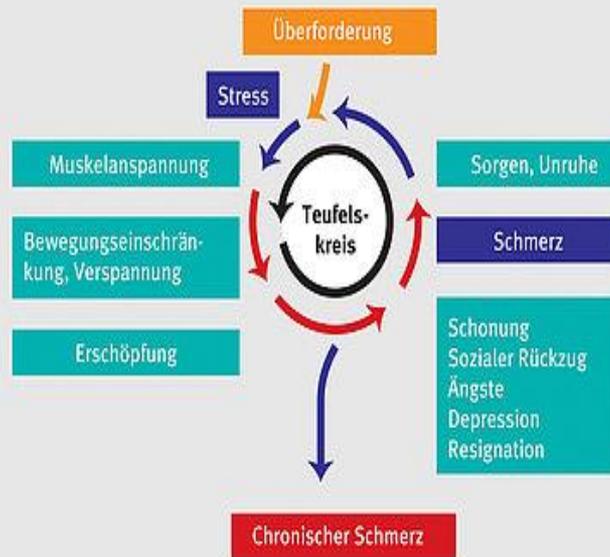
- Le stress n'est pas toujours nocif, mais il rend malade lorsqu'il est trop intense pour être surmonté.
- C'est aussi le cas lorsqu'il est dû à un mélange de charges positives et négatives.
- Lorsqu'une phase de surcharge prolongée déclenche une réaction de stress, des tensions et un épuisement permanents apparaissent automatiquement, sans qu'ils ne soient perçus immédiatement.
- Cette suractivation et cette tension constante – surtout dans la musculature profonde – se répercutent alors sur toutes les activités et au repos. La personne dépense davantage d'énergie et s'épuise.
- Les tensions musculaires permanentes et douloureuses modifient le tissu environnant, et les douleurs se propagent progressivement aux insertions tendineuses ou au périoste.

Comment la douleur devient-elle chronique?

- La douleur augmente encore les tensions musculaires déjà présentes, ce qui ne fait qu'aggraver la situation.
- Les limitations imposées au quotidien sont source de colère, de peur, de découragement, ce qui renforce encore le stress et la douleur.
- La douleur s'installe alors durablement (chronicisation). Cette douleur chronique est aussi causée par une réactivité accrue des nerfs responsables de la transmission des signaux douloureux («sensibilisation centrale – mémoire des douleurs»).
- La personne commence à se protéger par peur d'avoir mal ; elle se retire de la vie sociale ou professionnelle, ce qui consolide le processus de chronicisation.
- Elle s'inquiète de son avenir financier, manque d'estime d'elle-même et se résigne. Tout cela est un terrain propice à l'apparition d'une autre maladie: la dépression.
- Les douleurs chroniques n'exercent pas seulement une influence sur la santé physique de l'individu, elles ont aussi un impact sur sa vie sociale et son état psychique.

Comment la douleur devient-elle chronique?

Wie wird aus Schmerz - chronischer Schmerz?

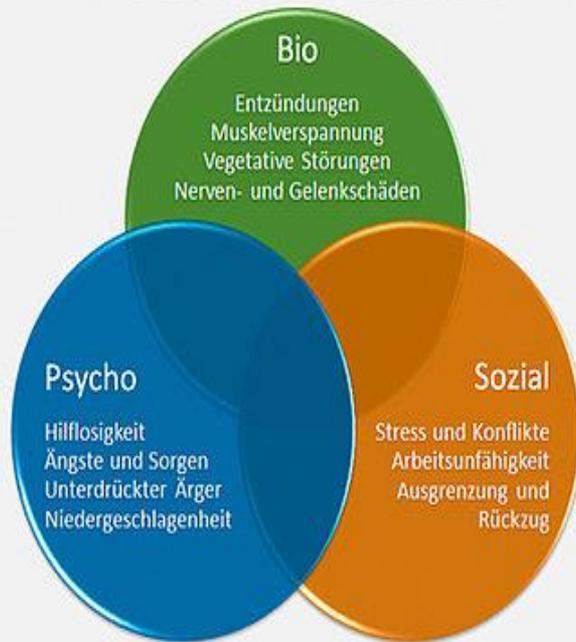


H.-G. Nobis et al. (Hrsg.), Schmerz — eine Herausforderung, 3. Aufl, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2020

- Le **cercle vicieux** comme métaphore des processus d'apparition et de chronicisation de la douleur.
- Pour briser ce cercle vicieux, il s'agit d'employer des mesures très diverses qui ciblent ses composantes individuelles.

Pourquoi les douleurs ne se chronicisent-elles pas chez tout le monde?

Bio-psycho-soziales Modell bei chronischem Schmerz



© J.Korb / AK-Patienteninformation
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

- Outre les **prédispositions génétiques**, ce sont surtout les **facteurs psychosociaux** qui déterminent l'intensité et le caractère chronique de la douleur.
- Le risque est plus élevé chez les personnes ayant **des antécédents de maladie psychique**, tels qu'une dépression, un trouble anxieux ou des **traumatismes**, que chez les personnes en bonne santé psychique.
- Les facteurs sociaux comme l'environnement familial et la situation professionnelle jouent également un rôle essentiel.

Comment procéder?

- Anamnèse et examen:

- évaluation impartiale des aspects biopsychosociaux en fonction de l'anamnèse personnelle et d'un examen physique.
- Outils: questionnaires, EVA, algométrie, schéma de la douleur
- prise en compte des informations tirées d'examens préalables uniquement après l'examen!
- demande d'examens spécifiques
- les concepts suivants sont également utiles:
 - le modèle explicatif: catalogue de questions visant à comprendre les liens significatifs dans l'expérience de la maladie
- définition de la stratégie de gestion et des ressources

- Diagnostic et traitement

Echelles analogiques (visuelles) de la douleur

- Echelles analogiques (visuelles) de la douleur:

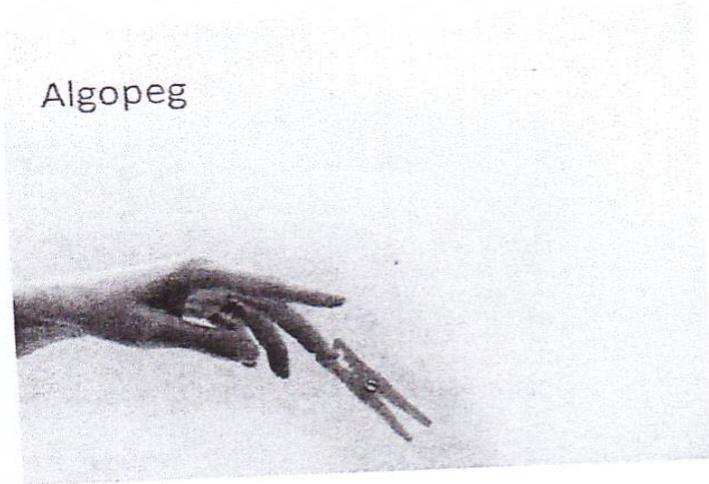
0 (aucune douleur) - 10 (douleur la plus intense)
aucune douleur _____ (10 cm) _____ douleur la plus intense

- Event. complétée par la question suivante:

La douleur est-elle supportable?

- oui, elle est supportable
- non, elle est insupportable

Algopeg: algomètre des pinces à linge



Clinical Performance of the Pain Provocation Test

The pain provocation test should be performed in a quiet and unobserved environment.

The clothespin is applied on the nail of the middle finger without touching the nailfold.

On the earlobe it is placed in the middle of the soft tissue without touching any cartilaginous parts of the ear.

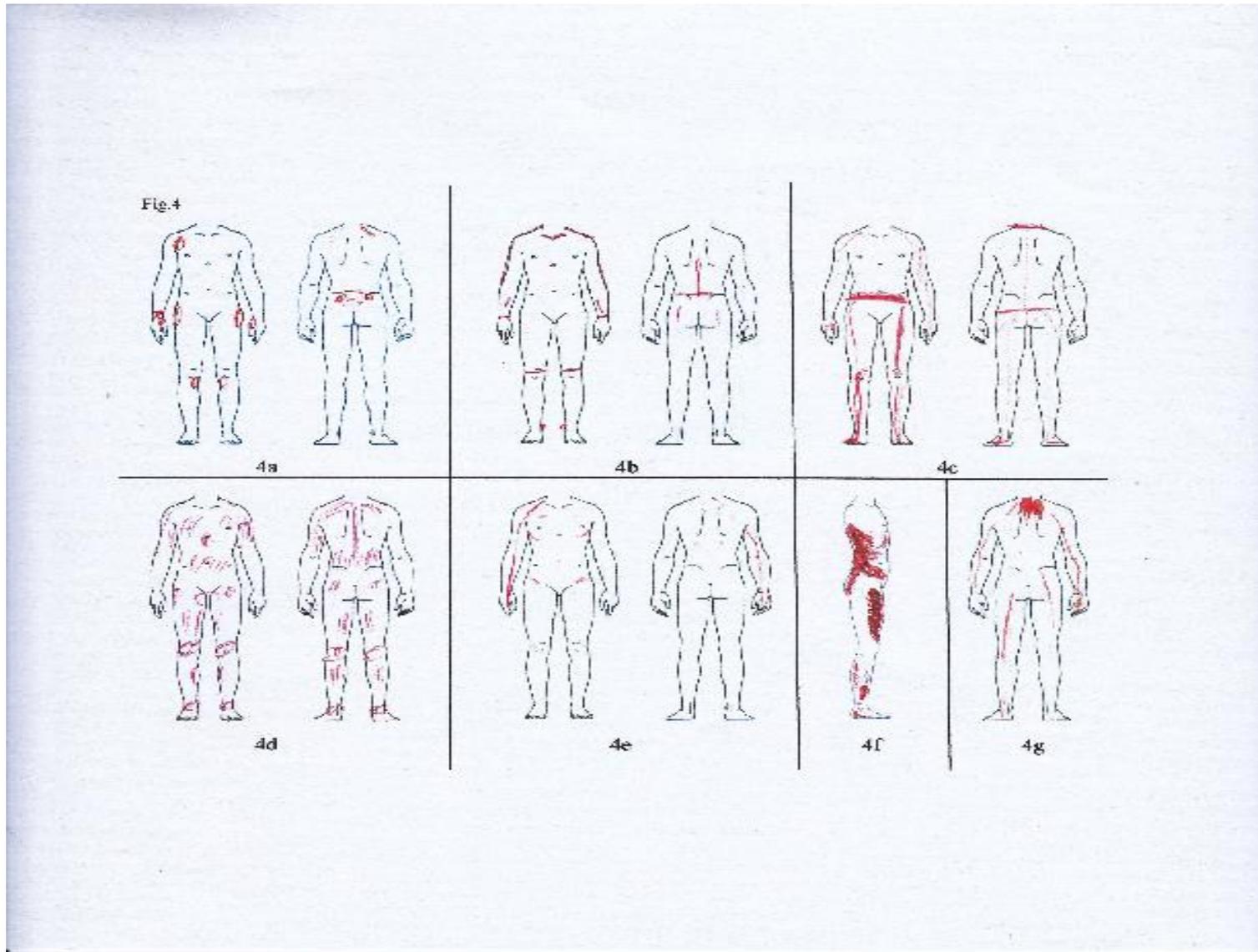
The Clothespin-Algometer is applied for 10 seconds. Participants indicate the pain intensity on a numerical rating scale (NRS) or visual analogue scale (VAS): 0= no pain, 10 = most pain imaginable.

As pain increases crescendo-like within 10 seconds, the patient is to be asked explicitly about the pain intensity at the end of the test (at 10 seconds).

The test should be applied on both sides of the body because sometimes chronic pain patients show side specific differences in their pain perception [4].

The tester should not influence the patient's perception by any judgmental verbal or non-verbal comments.

Schéma des douleurs: douleurs somatoformes



Catalogue de questions visant à comprendre les liens significatifs dans l'expérience de la maladie I

- Comment nommez-vous vos troubles?
- Connaissez-vous quelqu'un atteint de troubles similaires?
- Selon vous, qu'est-ce qui a provoqué vos troubles?
- Selon vous, pourquoi les troubles sont-ils apparus précisément à ce moment? Pourquoi chez vous?

Salis Gross et al., Praxis 1997; 86:887-894

Catalogue de questions visant à comprendre les liens significatifs dans l'expérience de la maladie II

- Que disent votre famille et vos amis de vos troubles?
- A votre avis, quelles conséquences vos troubles ont-ils sur vous? Par quoi se traduisent-elles?
- Quelle est la gravité de vos troubles? Seront-ils de courte durée ou évolueront-ils sur le long terme?
- A votre avis, quel traitement devriez-vous recevoir?

Salis Gross et al., Praxis 1997; 86:887-894

Catalogue de questions visant à comprendre les liens significatifs dans l'expérience de la maladie III

- Quels sont les principaux résultats que vous souhaitez obtenir de ce traitement?
- Quels sont les principaux problèmes que vous ont causés ces troubles?
- Quelles sont vos plus grandes peurs par rapport à vos troubles?

Salis Gross et al., Praxis 1997; 86:887-894

Stratégies de gestion de la douleur

- Niveau cognitif:
 - porter son attention sur ce qui est agréable, intéressant
 - identifier le catastrophisme et l'arrêter
 - se rappeler des modèles explicatifs élaborés
 - adopter une attitude non jugeante, acceptante
 - identifier les situations qui représentent un fardeau, ses limites, et les respecter
- Niveau affectif:
 - diminuer les tensions, l'énervernement associé à des aspects affectifs (exercices de relaxation)
 - cibler des aspects affectifs particuliers: s'exprimer, prendre des mesures de régulation,
 - favoriser les expériences positives (exercices visant à ressentir du plaisir, exercices d'imagination)
- Niveau des actions:
 - prendre des mesures physiques ou médicamenteuses ciblées
 - trouver un équilibre, ralentir
 - équilibre entre prendre soin de soi et participer à des activités
 - pauses
- soutien social

Ressources

- Ressources externes:

- principales personnes de référence, environnement social, activité au sein d'associations
- organisations d'aide et de soins à domicile, Service Croix-Rouge, etc.
- statut de séjour, travail, logement, revenu
- structure quotidienne

- Ressources internes:

- caractéristiques personnelles, capacités, connaissances et compétences
- objectifs de vie importants (valeurs, convictions, croyances, religion, spiritualité)
- intérêts, hobbies
- souvenirs et expériences passées, espoirs quant à l'avenir

Le diagnostic et le traitement des douleurs

- Modèle de douleur biopsychosocial:
 - diagnostiquer le plus précisément possible le mécanisme de la douleur (aiguë-chronique, nociceptive, viscérale, neuropathique, nociplastique),
 - stressseurs actuels et antérieurs
 - co-morbidités (psychiques)
- Facteurs de chronicisation?
- Stratégies de gestion, ressources?
- Points de départ dans le cercle vicieux de la douleur chronique à partir desquels entamer le traitement?
- Traitement multimodal, chaîne de soins?

Les possibilités de traitement et d'intervention

- Transmission des connaissances sur le mécanisme de la douleur, les stressseurs et les co-morbidités (modèle pathologique commun), ainsi que des possibilités de traitement et de gestion
- Objectifs thérapeutiques
 - La disparition de la douleur est-il un objectif thérapeutique réaliste et immédiat?
 - Amélioration de la qualité de vie?
 - Activité malgré/avec la douleur?
- Où et comment la personne peut-elle participer activement au traitement?
- Implication de la famille/du ou de la partenaire?
- Implication de l'employeur, de la caisse maladie, de l'assurance accidents, de l'AI, des services sociaux?

Les possibilités de traitement et d'intervention

- **Traitement médicamenteux:**
 - antidouleurs (selon le mécanisme de la douleur, éviter les opiacés en cas de douleurs chroniques)
 - thérapie adjuvante de la douleur (antidépresseurs, antiépileptiques)
 - traitement des co-morbidités
- **Physiothérapie:**
 - commencer par un processus passif, relaxant
 - enseigner des méthodes de relaxation
 - mettre en place une thérapie du mouvement activante
 - utiliser des appareils d'entraînement, le nordic walking, la natation, l'aquagym
- **Psychothérapie:**
 - améliorer la gestion du stress, enseigner des techniques de relaxation
 - identifier les conflits (famille, travail) et les aborder
 - traiter la co-morbidité (dépression, anxiété, troubles du sommeil, TSPT)

Merci pour votre attention

Questions?

Discussion?

Références

- <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen>
- <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>